# Wie sich die Katze in den Schwanz beisst oder Sinn und Unsinn des Check-ups

**Leserbrief zu: Wüscher V. Der Routine-Check-up: Versuch einer Einschätzung.[1]**

Im ersten Teil des Artikels führt der Autor aus, dass die Erfassung von latenten Erkrankungen oder die Detektion von Risiken für spätere Erkrankungen ein wichtiges Anliegen von Check-up-Untersuchungen sind. Das Fallbeispiel des 55-jährigen beschwerdefreien Probanden mit stummer Ischämie und koronarangiographisch 50%iger Stenose, die gestentet wurde, ist exemplarisch – dafür, dass solche Untersuchungen wohl ebenso gut einen Fluch für den Patienten bedeuten können. Die 50%ige Stenose muss meiner Meinung nach nicht mit einem Stent versorgt werden: Aspirin, allenfalls ein Statin und – will man maximal therapieren – ein Betablocker wären gut. Mit dem (unnötigen) Stent und der dadurch notwendigen maximalen Thrombozytenaggregationshemmung mit Plavix und Aspirin hat das Desaster schliesslich seinen weiteren Lauf genommen. Die Angiektasie, die wohl schon viele Jahre ohne Symptome wie Eisenmangel oder gar Hämatochezie bestanden hatte, führte zur beschriebenen lebensbedrohlichen Blutung. Folgen des Aktivismus sind unzählige Abklärungsschritte, Operationen und andere invasive Eingriffe, die neben Ungemach für den Patienten zu ordentlichen Kosten geführt haben. Die Diagnose des GIST hat für diesen Patienten sicherlich eine prognostische Bedeutung. Dieser in meinen Augen einzige relevante Befund kann als Rechtfertigung der Untersuchung (Ergometrie) und der nachgeschalteten fragwürdigen Abklärung (Koronarangiographie) nicht hinhalten. Lassen Sie mich zum Schluss noch eine bösartige Vermutung machen: Der Patient wird in diesem Lehrstück als Leiter eines grossen Unternehmens beschrieben und war vermutlich privat versichert.

Korrespondenz:
Dr. Bernhard Wieler
Oberarzt
Innere Medizin
Bezirksspital Affoltern
Postfach
CH-8910 Affoltern a.A.
beni.wieler@spitalaffoltern.ch

*Bernhard Wieler*

[1] Schweiz Med Forum. 2008 8(29):517–20.

## Replik

Natürlich ist der Fall bewusst so gewählt, dass die Diskrepanz zwischen der Einschätzung des Patienten und derjenigen des medizinisch vernünftig und evidenzbasiert denkenden Arztes ins Auge sticht. Der Fall ist deswegen auch nicht als Lehrstück für Check-ups zu sehen, sondern, wie in den Bemerkungen zum Fall ausdrücklich erwähnt, trägt er zur Wertigkeit von Check-up-Untersuchungen nichts bei. Zudem soll das Beispiel nicht dazu verleiten, zu denken, dass durch solches Tun ein langfristiger klinischer oder ökonomischer Nutzen entsteht.

Was das Stenting anbelangt, so bin ich mit dem Autor einverstanden. Bei uns werden Stenosen unter 70% normalerweise nicht angegangen.

Auch ich erlaube mir eine bösartige Bemerkung zum Schluss. Der Autor geht wohl davon aus, dass der Patient in einer Privatklinik gecheckt wurde. Dem ist nicht so. Erst als er schockierend geblutet hat, kamen wir zum Einsatz. Vorher war er in öffentlichen Häusern unter ambulanter Behandlung.

Fazit: Es ging mir in meinem Artikel darum, die Unterschiede zwischen Vorsorge, Check-up und Case finding zu zeigen. Daher dieses Beispiel – und nicht als Lehrstück für den Sinn von Check-ups.

Korrespondenz:
Dr. Victor Wüscher
Zentrum für Innere Medizin
Hirslanden Klinik
CH-5001 Aarau
victor.wuescher@zim.ch

*Victor Wüscher*